Numéro : 10 CENTIMES — N° 106 — 26 Décembre 1896 — 7 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

— ADMINISTRATION —
CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
Départements. . . . . 7 fr.
. . . . . 10 fr.
ements partent du commencement de chaque mois.
RUE RACINE, Paris

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers

E. BONNAIRE
Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.

M. LETULLE
Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

L. OLIVIER
Docteur ès sciences.

E. DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

M. LERMOYEZ
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

AVIS

inistration de la *Presse médicale* prie Mes- abonnés, dont l'abonnement expire à la résent mois, de vouloir bien adresser le de leur renouvellement, par mandat postal à vue, à l'adresse : *Presse médicale*, 3, rue Paris. Dans le cas contraire, ils sont priés r bien faire bon accueil à la quittance qui présentée par la poste, à partir du 2 Jan-

nistration du Journal rappelle que l'on bonner à la *Presse médicale*, sans frais, s les bureaux de poste, en France et à

SOMMAIRE

PLOI THÉRAPEUTIQUE DES BAINS D'AIR SEC CHAUD : APPAREIL TAL-N-SHEFFIELD, par M. ÉDOUARD CHRÉ- 693

ANALYSES

: Le séro-diagnostic de Widal dans la fièvre par R. BREUER. — Le séro-diagnostic de Wi- possibilité de son emploi sans le secours du , par Ch. LYMAN-CREENE 696

appareil aspirateur simplifié pour la tèse, par M. W. PLATENEW . . . . . CDLXIV

à Madère et aux Canaries, par M. Paul . . . . . CDLXIV

SOCIÉTÉS SAVANTES

chirurgie : Pathogénie de l'appendicite, CHAMPIONNIÈRE. MM. FÉLIZET, RECLUS, PON- AUX, ROUTIER, GÉRARD-MARCHANT, QUÉNU, Hernie double inguino-scrotale avec fistule aire, M. MICHAUX. — Bec-de-lièvre. Opéra- tion. Guérison, M. JALAGUIER. — Néoplasme vésical. Extirpation totale de la vessie. Guérison, M. TUFFIER. — Enchondrome des os, M. SCHWARTZ. — Enchondrome du doigt, M. MONOD . . . . . CDLXV

Société de thérapeutique : Traitement de la syphilis par les injections de calomel, M. JULLIEN. MM. MOUTARD-MARTIN, GALLOIS. — Intoxication par l'antipyrine. Un nouveau cas de stomatite ulcéro-membraneuse, M. P. DALCHÉ. — Traitement des crises paroxystiques chez les dyspepsiques et hyperchlorhydriques. Erreurs de diagnostic, erreurs de thérapeutique, M. BARDET. . . CDLXV

Société française d'électrothérapie : Traitement de l'atonie et de la dilatation de l'estomac par l'électricité statique oscillante, M. RÉGNIER. — Des causes d'erreur produites en électro-physiologie et en électro-diagnostic par la polarisation des tissus ; des moyens de les éviter, M. COURTADE. — De l'électrolyse du brome dans la suppuration tuberculose, M. BOISSEAU DU ROCHER. — Des traitements de la coqueluche, M. TRIPIER. MM. DOUMER, LABBÉ. . . . . CDLXVII

Sociétés étrangères : Russie. Belgique. VII[e] Congrès de Médecine interne, tenu à Rome. . . . . CDLXVII

Répertoire thérapeutique . . . . . CDLXIX

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie . . . . . CDLXIX

NOUVELLES

Société de chirurgie. — Election du bureau pour l'année 1897 : M. Delens, président ; M. Berger, vice-président ; M. Nélaton, 1er secrétaire annuel ; M. Reygnier, 2e secrétaire annuel ; M. Walther, trésorier ; M. Brun, secrétaire-archiviste.

APENTA

« Les analyses faites de l'*Eau d'Apenta* ont donné des résultats identiques. C'est donc une eau toujours constante dans sa composition. »

G. POUCHET,
Professeur de pharmacologie, à la Faculté de médecine de Paris.

« La constance de l'*Eau d'Apenta* en rend l'usage indiqué, non seulement comme purgatif, mais pour tous les traitements systématiques et prolongés. »

Profes. OSCAR LIEBREICH, de Berlin.

« La valeur des Eaux amères repose sur la proportion relative des sulfates entrant dans leur composition. Or l'*Eau d'Apenta* possède une excellente proportion de sulfates et de chlorures (sulfate de magnésie, 24,49 ; sulfate de soude, 15,40 ; chlorure de sodium, 1,87). *C'est par conséquent une excellente Eau purgative* ».

De JULIUS ALTHAUS, de Londres.

Banquet J. Simon. — Les amis et les élèves du Dr Jules Simon, à l'occasion de son départ des Hôpitaux, se réunissent en un banquet, le jeudi 14 Janvier 1897, à 7 h. 1/2, Hôtel-Continental (entrée rue Rouget-de-Lisle), Cotisation, 20 fr. — Envoyer les adhésions au Dr Carron de la Carrière, 4, rue du Cirque, ou à MM. Boncour et Canuet, internes à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Ligue nationale contre l'alcoolisme (Bureau pour 1897). — Ont été nommés : *Président :* M. A. Motet. — *Vice-présidents* : MM. Bouchereau, Cheysson, Glandaz, Vandendorpel. — *Secrétaire général :* M. E. Philbert. — *Secrétaires généraux adjoints* : MM. Audigé, Moreau-de-Tours. — *Secrétaire des séances* : MM. Carron et Roubinowitch. — *Bibliothécaire archiviste* : M. Cruet. — *Trésorier*, M. Bartaumieux.

VARIÉTÉS

Les bons mots de Pajot. — Pajot, dit la *Chronique médicale*, était un millionnaire d'esprit. Il avait de ces saillies qui provoquent le rire et gravent pour toujours le précepte dans l'esprit.

Au sujet du toucher, il ne manquait pas de rappeler, d'après Celse, que les Romains le pratiquaient en introduisant les deux mains à la fois, et de s'exclamer ironiquement : « Voilà qui donne une haute idée de la grandeur des Romains.... et surtout des Romaines! »

En parlant des diverses présentations, il faisait remarquer que celle des genoux est la plus rare, 2 sur 15.652 accouchements, selon la statistique de Mme La Chapelle : « Vous voyez, concluait-il, combien l'homme a de peine à se mettre à genoux! »

A propos des présentations transversales, avec issue du bras, qu'il faut bien se garder de couper : « On se gravera dans l'esprit, disait-il, ces paroles qui, sous une forme plaisante, tracent aux praticiens le précepte le plus judicieux et le plus salutaire : *Tu me tends la main pour me demander une rente viagère, mais tu ne l'auras pas!* » Il ajoutait : « Dans les présentations de l'épaule, on n'a le droit de couper le bras, que lorsqu'il faut couper le cou ».

Et cette autre recommandation : « Quand un enfant vient de naître, disait-il, mettez-le bien en vue, sur une table, et jamais sur une chaise! Dans ces moments-là,

HY-CÉLESTINS
hosphate de chaux Freyssinge.
PURGATION POUR RÉGIME
ARABAÑA
Guérit Congestion, Constipation.
R IODO-TANNIQUE NALINE
MELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
E BUGEAUD. Quina et Cacao.
ES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)
PTONE CATILLON, toni-nutritif, digestif.
MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.
DRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY

Phospho-Glyco- *Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET
COTON IODE DU Dr MÉHU
VIN MOISAN COCA & KOLA
LE MÊME SALICYLÉ
Contre Ferm. intestin., Diarrhées, Sueurs nocturnes des Phtisiques.
Le préférer au Todd et à la Potion cordiale dans tous les cas.

BIARRITZ THERMES SALINS
Sources chlorurées sodiques fortes, bromo-iodurées, à 24° de salure.
Lymphatisme, Tuberculose ganglionnaire et osseuse.
Rachitisme. Mal. de l'enfance et de la femme.

BOUGIES REYNAL tenant les médicaments plusieurs heures dans l'uréthre. Supprimant toutes les complications : *Uréthrites*, *Blennorrhagies*, *Cystites*, trajets fistuleux, etc.
SUPPOSITOIRES REYNAL pour le traitement des *Rectites prostatites*, *Fissures*, *Hémorrhoïdes*, etc., et assimilation par le Rectum de tous médicaments.
Pansements inventés en 1843, par M. Reynal.
Echantillons. Vente : *Pharm. Moride*, 2, rue de la Tacherie, *Paris.*

tout le monde perd la tête. On court, on va, on vient, on se heurte, on se bouscule; la sage-femme est tout à la mère; le père sanglote, en criant : Ma pauvre amie, ma pauvre amie! La belle-mère se trouve mal, elle se laisse tomber sur une chaise..... vous pouvez être certain que c'est celle sur laquelle on a déposé l'enfant. »

Une autre fois, il émettait cette pensée philosophique : « Enlevez l'ambition, que reste-t-il! Quel est le plus souvent le mobile de nos actes? La reproduction de l'espèce. On commence par Platon pour finir par Baudelocque. »

Mais c'est surtout contre ses collègues qu'il exerça sa verve épigrammatique, et plus particulièrement contre les doyens de la Faculté.

Quand Wurtz fut nommé doyen de la Faculté, il accoucha de ce quatrain :

L'École voulait un doyen,
Hélas! On lui donne un chimiste;
Ne trouvera-t-on pas moyen
De le changer pour un fumiste?

Lorsque Rayer, médecin courtisan, publia son *Traité des maladies des reins*, Pajot écrivit :

L'intrigue et la platitude
Font courber l'homme coup sur coup;
Or, si des maux de reins il a fait une étude,
C'est qu'il en avait eu beaucoup.

Quand Rayer donna sa démission de doyen, en 1864, Tardieu le remplaça et sa nomination fut accueillie avec enthousiasme par les élèves et les professeurs; Pajot célébra cet événement par ce quatrain bien connu :

Duruy trouve le seul remède
Qui peut sauver ce docte lieu :
C'est d'appeler le ciel en aide
En invoquant un peu Tard-Dieu.

A propos de la présentation à l'Institut de Civiale, le lithotriteur distingué, et de J. Guérin, l'habile orthopédiste, Pajot écrivit :

Sans vouloir préjuger le sort de la bataille,
Civiale et Guérin ont la chance, en effet,
De bien prendre tous deux l'Institut par la taille,
Puisque l'un sait la faire et l'autre la refait.

Après la nomination de Civiale :

Lui, Civiale, a mis le pied à l'étrier.
Sans moisir dans les antichambres.
Il ne pouvait faillir à passer le premier
Par le canal de tous ses membres.

Enfin l'épitaphe inévitable :

De Civiale au cimetière,
Où la mort vient de l'envoyer,
La tombe n'aura pas de pierre
Il sortirait pour la broyer.

Parmi ses traits à l'emporte-pièce, nous n'avons que l'embarras du choix.

Quand Pajot postulait à l'Académie, où il ne s'est pas représenté depuis son échec, il faisait les visites traditionnelles; arrivé chez l'un des académiciens, celui-ci lui dit d'un air impertinent :

— « Qui êtes-vous? Qu'avez-vous fait? Je n'ai jamais entendu parler de vous. Pajot? Connais pas. »

— « Mon Dieu, Monsieur, excusez-moi, reprit Pajot en se retirant, on m'avait dit que vous étiez de l'Académie. »

Un autre immortel, un pharmacien, l'accueillit en ces termes :

— Certes, bien cher Monsieur, vous avez tous les titres; mais, comment voulez-vous que je vous donne ma voix? voici trois ans que je dîne tous les huit jours chez votre concurrent. »

— Je repasserai quand vous aurez digéré, répondit Pajot en s'inclinant.

Dans son éloge académique sur Pariset, Bousquet disait que ce maître, inimitable en l'art de bien dire, aurait eu bien plus d'autorité s'il avait eu moins d'esprit. Pajot, qui assistait à la séance, bondit à cette énormité et improvisa ce quatrain, qu'on se passa de mains en mains :

Esprit, autorité, s'excluent en médecine!
Ombre de Pariset, est-ce la vérité?
Du séjour des esprits tu réponds, j'imagine,
Que celui qui l'a dit est une autorité.

Une autre fois, l'académicien C... était traité de « revenant » par un critique. Pajot prit sa bonne plume de Tolède et releva aussitôt le mot :

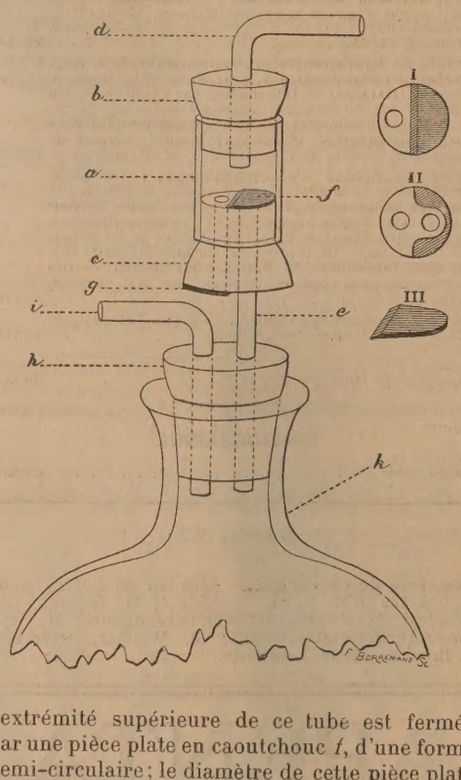
La critique lui fit injure :
C... dans le rôle qu'il prit
D'un revenant n'eut pas l'allure,
Un revenant... c'est un esprit!

UN NOUVEL APPAREIL ASPIRATEUR
POUR LA THORACENTÈSE

Par M. W. PLATENEW
Médecin à l'hôpital militaire d'Oniazdow, à Varsovie.

Les médecins praticiens connaissent les défauts des appareils aspirateurs employés pour la thoracentèse; outre leur prix élevé, ces instruments sont difficiles à désinfecter et même à nettoyer. C'est ce qui m'a engagé à construire un appareil simple, que chaque médecin peut fabriquer facilement et à bon marché et qui peut supporter, sans être altéré, les solutions de sublimé ou d'acide phénique.

Il se compose d'un cylindre de verre *a*, ayant 3,5 centimètres de longueur, 2,5 centimètres de diamètre et dont les parois ont une épaisseur de 2 millimètres. Les extrémités de ce cylindre sont fermées par deux bouchons en caoutchouc *b* et *c*. Le bouchon *b* porte un orifice muni d'un tube courbé, en verre *d*. Le bouchon *c* a deux orifices; dans l'un passe un tube droit de verre *e*,



l'extrémité supérieure de ce tube est fermée par une pièce plate en caoutchouc *f*, d'une forme demi-circulaire; le diamètre de cette pièce plate est égal au diamètre de la partie inférieure du bouchon *c*. La pièce plate en caoutchouc 1, est mise sur l'orifice du bouchon, ainsi qu'on le voit sur la figure d'ensemble, et est attachée à sa périphérie par de la colle, comme celle qu'emploient les vélocipédistes pour fixer les bandes pneumatiques. La partie hachée représentée sur la fig. II montre la surface qu'il faut couvrir avec la colle. La pièce plate *f* doit pouvoir se fixer exactement sur le bouchon; il faut pour cela, que le bout du tube *l* soit au niveau de la surface du bouchon; pour la même raison le bord droit non collé de la pièce plate en caoutchouc doit avoir une section un peu oblique comme on le voit sur la fig. III. Au deuxième orifice du bouchon *c*, mais à sa face libre, est collée de la même manière, une pièce plate *g*.

Le bout inférieur du tube *e* est enchâssé dans un des orifices du bouchon *h*; dans l'autre orifice du même bouchon passe un tube courbé *i*. Le bouchon *h* s'introduit dans le goulot d'un flacon ou d'une bouteille *k* d'un volume de 500 à 2.000 centimètres cubes. Le tube *i*, est réuni à une aiguille à ponction, au moyen d'un tube de caoutchouc muni d'un pince ordinaire. Le tube *d* est également muni d'un tube en caoutchouc qu'on réunit à une simple seringue en verre, en bois, en caoutchouc solide, en étain, etc., d'une lume de 150 à 200 centimètres cubes. En mavrant le piston de la seringue, nous fa sortir, par le tube *d*, l'air qui est contenu le flacon *k*. Cet air soulève facilement le non collé de la pièce plate *f*; en même te l'air extérieur applique la pièce plate à l'e extérieure du bouchon *c*. Quand on abais piston, l'air refoulé passe dans le cylind applique la pièce plate *f* au bouchon et ne rentrer dans le flacon; il passe donc par l orifice du bouchon *c*, et s'échappe au deho soulevant le bord non collé de la pièce pl

En élevant et abaissant le piston de la ser nous pouvons facilement, avec une sering 150-200 centimètres cubes, aspirer en une demi-minute, l'air d'un flacon de 1.500 mètres cubes; la pression négative peutatt jusqu'à 625-630 millimètres de la colon mercure.

On voit que mon appareil est construit principe physique bien connu des pompes rantes.

Les parties en caoutchouc se conserven façon habituelle. Les autres parties se m et se démontent facilement, ce qui rend leur désinfection.

Mon appareil a déjà servi deux fois à pra la thoracentèse chez des pleurétiques, e sence de M. le médecin consultant Maximo et de quelques autres collègues, et il donné d'excellents résultats; cet apparei également présenté à la conférence des cins de l'hôpital militaire d'Oniazdow Août 1896.

UN SÉJOUR A MADÈRE ET AUX CAN

Sous ce titre, M. Raugé a fait, au *Congrès national d'hydrologie et de climatologie de Cl* le récit d'un séjour à Madère et aux Canari dant les mois de Février et Mars 1895. Après av dement esquissé le côté pittoresque et géogr de son voyage, M. Raugé rend compte avec de ses impressions climatologiques et des tions qu'il a pu faire, à cet égard, dans les l'Atlantique.

Ce qu'on exige d'un climat d'hivernage, c'e à la fois constant et tempéré, c'est-à-dire présenter que de faibles oscillations, et oscillations s'accomplissent dans une ré l'échelle thermométrique aussi favorable que au bien-être et à la santé des malades. Or, l de températures recueillies pendant des a l'observatoire de Funchal ont démontré, dep temps, que Madère répond d'une façon idéal double exigence. La température moyenne d est, en chiffres ronds, de 19 degrés, celle d de 17 degrés, celle de l'été de 22 degrés. E journée moyenne de Février, qui est le moi froid de l'année (15 degrés), et une journée qui est le mois le plus chaud (22 degrés), n'est que de 7 degrés : cette différence d'ailleurs, d'une façon si progressive, qu'e mois et le mois suivant, on ne constate que qu'un écart de quelques dixièmes, en t jamais plus de 2 degrés. Quant aux osc journalières, leur moyenne ne dépasse gué grés et cela en toute saison et pour tous de l'année.

Mais, ces indications, basées sur des m ne donnent, sur la valeur d'un climat, documents incomplets. M. Raugé ne s'est p tenté de cette méthode officielle, qui se enregistrer les différences saisonnières et l quotidiens entre le maximum et le minim vingt-quatre heures. Ce procédé de notation renseigne que sur les deux modalités d'osc thermométriques qu'on peut appeler régulièr sont périodiquement produites, l'une, par la diurne de la terre (oscillations journalières) par son mouvement de translation annuel lations saisonnières). Or, à côté de ces va périodiques, il en est d'autres qui dépen conditions accidentelles et qui, cependant, un très grand rôle dans l'hygiène de l'hiver

changements de température qui se pro-
l'une journée à l'autre; ou d'un moment à
e la journée, sous l'influence passagère de
nces éminemment variables et impossibles
er (pluie, vent, nuages, changements de
ou d'altitude, différences d'exposition). Ces
s si importantes, parce qu'elles sont impré-
subites, ne se trouvent pas dans les tables
étriques et ne sont, en effet, pas enregis-
il faudrait, pour en tenir compte, repré-
température des vingt-quatre heures sous
ne courbe continue.
'édifier sur ce point, M. Raugé a suivi, pour
e heure par heure, les indications d'un
être qu'il portait constamment avec lui. Il
stater de la sorte que les circonstances
tes n'exercent sur la courbe thermique
tion insignifiante. La forme journalière de
rbe est d'une régularité remarquable et il
reproduire, pendant tous les jours du mois
r, sous un aspect à peu près identique
lle se laissât influencer par les incidents
riques. A partir de 5 à 6 heures du matin,
ce généralement le minimum, la tempéra-
ve peu à peu jusqu'à 9 ou 10 heures; elle
lors, à peu près immuable (18 à 20 degrés)
ou 8 heures du soir, pour s'abaisser len-
ndant la nuit, jusqu'au minimum du len-

ultats que l'auteur a recueillis en différents
l'archipel des Canaries, notamment à Las
rande Canarie), à Santa Cruz et à Orotava
), sont sensiblement moins favorables :
ement les écarts journaliers atteignent
grés, mais on observe fréquemment des
s presque subites et qui peuvent atteindre
grés, sous l'influence, par exemple, d'une
sagère ou d'un changement d'orientation.

CIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

23 Décembre 1896.

énie de l'appendicite. — **M. Lucas-Cham-**
Je ne suis pas partisan de la théorie du vase
admets pas que tous les accidents imputés à
ite aient la même pathogénie. Je crois de plus
it jouer à l'appendice un rôle beaucoup trop
en chirurgie abdominale, et que l'ablation de
ne doit pas être la panacée de toutes les
douloureuses de l'abdomen.
is trouvé à plusieurs reprises en présence de
diagnostic d'appendicite avait été porté par
ens de grande valeur, l'opération proposée, et
constances indépendantes du chirurgien avaient
pêché l'intervention. Or, la suite montra d'une
scutable qu'il s'agissait, dans un cas, d'ovario-
dans un autre cas, de rein mobile, une autre
vre typhoïde, de hernie de la ligne blanche.
musculaire : chez un de ces malades l'autop-
a une tuberculose péritonéale. Il convient
lent dans son diagnostic et de ne pas se laisser
par le bruit que l'on a fait autour de l'appen-
es derniers temps. De même, les suppurations
, ces foyers purulents que l'on trouve en des
l'abdomen très éloignés du cæcum sont trop
rattachés à l'appendicite, alors même qu'en
t on ne trouve nullement l'appendice au milieu

ie du vase clos est séduisante de simplicité,
repose sur des bases peu solides. Si cette
it vraie, la conclusion que l'on devrait en tirer
'appendice doit être enlevé chez tous les su-
e on enlève le prépuce.
ervation clinique nous montre que l'appendice
nlevé, le sujet peut continuer à souffrir, et,
art, que les phénomènes dits appendiculaires
uérir sans intervention. J'ai vu beaucoup de
ons spontanées. Sans doute, il y a des cas
ite pure, mais nombre de phlegmons périty-
reconnaissent une autre étiologie qu'une lésion
dice. Dans nombre de cas, en interrogeant les
ts du malade, on peut remonter à une infection
, à une entéro-colite ancienne. Pour moi, il
relation incontestable entre les phénomènes
laires et les troubles intestinaux d'origine ali-
Les sujet qui mangent trop vite, qui mastiquent
aliments, dont l'alimentation est défectueuse
souvent atteints que les autres.
aditions d'alimentation expliquent également
l'appendicite est plus fréquente en certains
gleterre et la Suisse, par exemple. J'y verrai
l'explication des appendicites dites familiales.
s probable qu'il faille invoquer ici une confor-
mation défectueuse de l'appendice, mais bien une hygiène alimentaire également mauvaise pour tous les membres de la même famille.

Il ne faut pas repousser trop dédaigneusement la vieille théorie de l'encombrement de l'intestin, mais la compléter par les notions nouvelles d'inflammation intestinale, d'infection. Par conséquent, en présence de phénomènes de typhlite, d'appendicite, il faudra songer à la nécessité de l'évacuation de l'intestin. La seule antisepsie intestinale valable est réalisée par les purgatifs. Pour ma part, en présence de phénomènes appendiculaires, au début, je me préoccuperai d'évacuer l'intestin avant de recourir à la glace et à l'opium. J'interviendrai dans les cas bien déterminés, soit par la simple incision du foyer purulent, soit par l'ablation de l'appendice.

M. Félizet. Les constatations anatomiques que l'on est amené à faire au cours des interventions pour appendicite varient suivant que l'on opère à chaud ou à froid. Quand on opère en pleine crise aiguë, il arrive souvent, qu'après ouverture du phlegmon péri-cæcal, on ne trouve pas l'appendice, et cela pour deux raisons, d'abord parce qu'il peut être entièrement détruit par le processus gangréneux, ensuite parce que, souvent, ce n'est pas lui qui est la cause de l'abcès.

J'ai eu à intervenir cet automne pour deux cas de typhlite. Il s'agissait d'une fillette et d'un jeune garçon, qui, tous les deux, présentaient dans leurs antécédents des écarts de régime et une constipation habituelle. Ils accusaient des phénomènes appendiculaires très nets, le ventre était ballonné, la température élevée. A l'incision, je trouvai une collection purulente en avant et en dehors du cæcum. Il existait un véritable boudin cæcal dont les parois étaient épaissies. Malgré mes recherches, je ne pus rencontrer l'appendice chez le garçon. Chez la petite fille, je trouvai un appendice nullement augmenté de volume et qui me parut normal. Les deux enfants ont guéri.

Il s'agissait là d'une typhlite proprement dite, reconnaissant pour cause la constipation et les écarts de régime.

M. Reclus. Ces jours-ci, je me suis trouvé en présence d'une malade âgée de trente-neuf ans qui, pour se débarasser d'oxyures vermiculaires, s'était administré un lavement de sublimé. Elle ressentit aussitôt des douleurs rectales atroces et, bien qu'elle ait pris immédiatement un lavement simple, il se développa une inflammation très vive du gros intestin, inflammation qui évolua en huit jours, sans s'accompagner d'accidents mercuriels ni du côté des gencives, ni du côté de la peau. Elle était guérie depuis douze jours de sa rectite, lorsque se manifestèrent des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite, et je pus voir évoluer le tableau clinique de l'appendicite type. La guérison eut lieu sans incident.

Cette observation a la valeur d'une véritable expérience; on y voit une inflammation du gros intestin gagner l'appendice et s'y cantonner, alors qu'elle a disparu du reste de l'intestin.

Pour moi, dans l'immense majorité des cas, c'est dans une inflammation intestinale qu'il faut chercher l'étiologie de l'appendicite. A la théorie de M. Poirier, je ferai l'objection que, souvent, l'appendicite apparaît bien après l'âge de vingt ans, à une époque où la régression de l'appendice est depuis longtemps terminée. La théorie de M. Pozzi m'a paru pécher par la base et n'avoir d'autre valeur que celle d'une ingénieuse hypothèse.

M. Poncet (de Lyon). A l'Académie de médecine, après que M. Dieulafoy a eu exposé si brillamment sa théorie du vase clos, m'appuyant sur 71 observations, j'ai essayé de démontrer que cette théorie ne répondait pas toujours à la réalité des faits et que la véritable cause de l'appendicite est l'infection, comme le veut Roux (de Lausanne).

Depuis cette époque, je me suis trouvé en présence de 12 nouveaux cas d'appendicite, qui m'ont confirmé davantage dans mes idées sur la pathogénie de cette affection. Trois fois, j'ai laissé les phénomènes évoluer d'eux-mêmes, la guérison survint. Dans les neuf autres cas, je crus devoir intervenir et je pus voir que les appendices perméables donnent lieu aux mêmes accidents que les appendices oblitérés. Les rétrécissements et les oblitérations sont l'effet et non la cause de l'appendicite. Du reste, la connaissance de cette pathogénie ne peut servir en rien au chirurgien au point de vue de l'intervention qui est indispensable dans la grande majorité des cas.

Hernie double inguino-scrotale avec fistule appendiculaire. — **M. Michaux** lit un rapport sur une observation de M. Veslin (d'Evreux) concernant un enfant de vingt-huit mois atteint d'une hernie double inguino-scrotale avec fistule appendiculaire. Dans les remarques qu'il fait à propos de cette observation, M. Michaux insiste sur la rareté de l'étranglement de l'appendice; dans ces cas, il s'agirait plutôt d'appendicite herniaire, forme intéressante et encore mal connue de l'appendicite.

Abcès péri-appendiculaire. — **M. Routier** présente des pièces qui démontrent, d'après lui, que le cæcum n'est jamais atteint primitivement, mais que ses lésions sont secondaires à l'appendicite.

M. Gérard-Marchant s'est trouvé en présence d'un cas analogue. On avait porté le diagnostic de typhlite; à l'opération, on vit que le cæcum était sain.

M. Quénu. Pour affirmer qu'un cæcum est sain, il faudrait pouvoir examiner directement ses parois, pratiquer, au besoin, l'examen histologique. Du reste, un cas isolé n'est pas probant.

M. Brun. En pratique, les lésions que l'on rencontre sont celles que vient de nous montrer M. Routier.

Je suis intervenu chirurgicalement dans plus de 100 cas d'appendicite et j'ai toujours trouvé l'appendice malade. Pour moi, la typhlite doit être secondaire aux lésions appendiculaires.

Bec-de-lièvre. Opération. Guérison. — **M. Jalaguier** présente une petite fille atteinte du bec-de-lièvre, qu'il a opérée par le procédé de M. Berger. Le résultat est parfait.

Néoplasme vésical. Extirpation totale de la vessie. Guérison. — **M. Tuffier**, par l'entremise de son interne, M. Dujarier, présente un malade auquel il a pratiqué l'extirpation totale de la vessie pour néoplasme généralisé à toute la muqueuse vésicale. Le malade urine actuellement par une boutonnière hypogastrique.

Enchondrome des os. — **M. Schwartz** présente un énorme enchondrome de la tête de l'humérus pour lequel il a pratiqué, chez une jeune fille, l'amputation interscapulo-thoracique.

M. Monod présente un enchondrome du doigt.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

23 Décembre 1896.

Traitement de la syphilis par les injections de calomel. — **M. Jullien**, continuant la discussion entamée dans la précédente séance, déclare être un chaud partisan de cette méthode thérapeutique. C'est elle qu'il emploie depuis longtemps dans son service de Saint-Lazare; son efficacité est telle que les malades sont les premières à réclamer ce mode de traitement. On a reproché à ces injections d'être douloureuses, de laisser à leur suite des nodosités persistantes, de donner lieu à des stomatites et à des accidents d'intoxication; ce sont là des assertions qui ne reposent sur aucune donnée réelle; tous ceux qui ont fait usage des injections de calomel savent fort bien que la douleur est minime, de courte durée, les nodosités sous-cutanées rares et les accidents d'hydrargyrisme tout à fait exceptionnels. Que sont ces petits inconvénients à côté des avantages que procure cette méthode? M. Jullien a vu les lésions les plus tenaces disparaître sous l'influence de cette précieuse médication.

M. Moutard-Martin ne conteste pas la valeur des injections de calomel, mais il estime que le traitement interne mérite de lui être préféré dans la majorité des cas, c'est-à-dire chez les sujets atteints des formes bénignes de la maladie. A son avis, les injections ne sont indiquées que dans les syphilis graves, toutes les fois qu'il sera urgent d'agir avec énergie, chez les individus manifestant de l'intolérance gastrique pour le mercure pris à l'intérieur; enfin, lorsque le traitement classique se sera montré insuffisant ou complètement inefficace.

M. Gallois avoue se ranger à l'avis de M. Moutard-Martin; il ne prescrit ses injections solubles que chez les malades atteints des formes malignes de la vérole, et surtout lorsqu'il s'agit d'obtenir une amélioration rapide des lésions.

Intoxication par l'antipyrine. — Un nouveau cas de stomatite ulcéro-membraneuse. — **M. P. Dalché.** Au mois d'Octobre dernier, j'ai eu l'occasion de signaler, au nombre des phénomènes toxiques dus à l'antipyrine, un cas de stomatite ulcéro-membraneuse à répétition, consécutive à l'absorption de ce médicament.

Je viens d'en observer un nouveau fait : un homme de soixante-cinq ans environ, qui, sans aucune espèce d'inconvénient, avait usé nombre de fois et depuis longtemps de l'antipyrine, dans les premiers jours d'Octobre à la suite de l'ingestion d'un cachet de un gramme, se trouva pris d'accidents buccaux que l'on rapporta à une stomatite aphteuse. Au commencement de Novembre, atteint d'une légère grippe, il absorbe de nouveau un gramme d'antipyrine, et, aussitôt après, sa bouche se gonfle, puis ses gencives saignent, et il lui survient de nombreuses ulcérations sur la muqueuse de la langue, des lèvres et des joues; un médecin le met alors en garde sur la possibilité d'une intoxication par l'antipyrine.

Le 28 Novembre, on lui donne, avant dîner, un cachet de 0 gr. 50 seulement; à la fin de repas, il ressent le début d'un coryza qui devient rapidement intense, la bouche enfle de nouveau, et le lendemain il accuse un prurit insupportable au niveau du thorax, de l'abdomen et du scrotum.

Je le vois le 4 Décembre; les accidents se sont déjà atténués, et comme le malade n'a ingéré cette fois que 0 gr. 50, ils n'ont du reste pas été aussi violents qu'auparavant. Cependant, je constate des ulcérations larges comme des pois, et recouvertes d'une fausse membrane au niveau des lèvres; les gencives sont saignantes et bordées d'un liseré rouge, la langue a été respectée. Sur l'abdomen, persiste une éruption purpurique qui commence à pâlir, et, au niveau du scrotum, je trouve trois petites ulcérations fort douloureuses.

Il n'est pas douteux que ce soient là des accidents relevant de l'antipyrine. Je ne veux pas insister sur la symptomatologie, car il y a un côté pathogénique extrêmement intéressant.

Cet homme, qui n'avait jamais présenté d'intolérance pour l'antipyrine dont il faisait un usage fréquent, a joui d'une très bonne santé jusqu'à ces derniers mois; cependant, il se plaignit de coliques hépatiques pour lesquelles on l'envoya à Vichy tous les étés. Au mois de Février dernier, il fut frappé d'un très grand malheur dans sa famille, et à la suite de ces profonds chagrins, son état général resta un peu moins bon.

En Août, pendant sa saison à Vichy, on note, à un seul examen, il est vrai, que ses urines contiennent 20 grammes de sucre par litre, mais *pas d'albumine*; puis, la glycosurie disparaît. Au mois de Novembre, pendant la seconde attaque de stomatite ulcéro-membraneuse les urines ne renferment ni sucre, *ni albumine*, mais elles sont hyperazoturiques et hyperphosphaturiques. Aujourd'hui, 7 Décembre, *pas d'albumine*, mais 3 gr. 26 de glucose par litre, urée et acide phosphorique en quantité normale, urate de soude en forte proportion.

Le malade n'offre aucun des symptômes inquiétants du diabète, ni polydypsie, ni polyphagie, etc., il a conservé ses réflexes normaux; rien au cœur.

Dans cette observation encore, comme au sujet de mon premier cas, on ne saurait donc rapporter la cause de l'intolérance à l'albuminurie traduisant un état pathologique du rein. Mais on ne peut manquer d'être frappé par une coïncidence remarquable : ces accidents ont commencé à se manifester seulement lorsque l'organisme a commencé lui-même à être sérieusement touché. Mon malade, un peu gros, arthritique, hémorrhoïdaire, et affecté de lithiase biliaire, à la suite d'une grande émotion morale, présente de la glycosurie transitoire, puis de l'azoturie et de la phosphaturie : dès lors il ne supporte plus l'antipyrine, qui provoque chez lui du coryza, de la stomatite, des éruptions purpuriques et prurigineuses et des ulcérations du scrotum. A moins d'invoquer une diminution des urines, allant jusqu'à une occlusion rénale temporaire, puisque le médicament diminue les urines, rien ne permet de dire que le rein a été touché.

C'est là un fait qui semble prouver une fois de plus que l'insuffisance rénale ne suffit pas à expliquer tous les cas d'intoxication par l'antipyrine. Le trouble de l'état général, qui a précédé et favorisé les accidents toxiques, résulte d'une étiologie complexe : une influence nerveuse s'exerçant sur un sujet entaché d'arthritisme. Il me paraît vraisemblable que, de ces causes, l'influence nerveuse joue aussi le plus grand rôle dans l'apparition de l'intolérance pour l'antipyrine, qui n'est attribuable ni à la glycosurie, ni à l'azoturie.

C'est là, du reste, une hypothèse déjà émise et défendue bien des fois; on peut objecter, il est vrai, que cette influence nerveuse n'agit pas directement, mais par des modifications inconnues de nous, qu'elle imprime à l'économie.

Traitement des crises paroxystiques chez les dyspeptiques hyperchlorhydriques. Erreurs de diagnostic, erreurs de thérapeutique. — M. Bardet. La crise paroxystique des dyspeptique hyperchlorhydriques devrait être bien connue, car elle se présente d'une façon fréquente chez ces malades, soit par accès plus ou moins éloignés qui représentent le seul symptôme, soit par crises aiguës qui viennent compliquer un état chronique manifeste.

Cependant il arrive souvent que, malgré son caractère extrêmement net, l'accès soit méconnu et cette erreur amène alors des thérapeutiques à côté, du plus désastreux effet, comme j'en ai eu plus d'une fois l'exemple.

Dans le cours de la présente année, je n'ai pas moins de quatre observations, dont trois de médecins, qui offrent à cet égard le plus grand intérêt.

Je commencerai par rappeler la scène qui caractérise l'accès hypersthénique chez un dyspeptique. Un jour donné, sans cause facilement appréciable le plus souvent, le malade se lève mal à l'aise, il est pris de bâillements, et, si l'attention est éveillée de ce côté, on s'apercevra que le regard est strabique, parfois même il y a diplopie. En approchant de l'heure habituelle du repas, le malaise augmente; cependant, en se mettant à table avec incertitude de savoir s'il faut ou non manger, le malade sent le plus souvent une faim presque bestiale; la satisfaction de cet appétit amène presque infailliblement le soulagement et cette amélioration persiste généralement durant une ou deux heures. Mais, à ce moment, les choses se gâtent, une sensation de pyrosis se fait sentir, un malaise de nature diverse se manifeste, la tête devient douloureuse et en même temps la flatulence apparaît, qui peut parfois, comme je l'ai montré antérieurement, prendre des proportions énormes, fantastiques. C'est surtout cette flatulence qui détermine la sensation migraineuse, par compression du pneumogastrique. Tout échappement de gaz est suivi de la disparition du mal de tête. On gagne ainsi cinq à sept heures après le repas malencontreux, puis les symptômes s'accentuent, le pyrosis devient horriblement douloureux, parfois des vomissements se déclarent; on peut alors constater que l'acidité du suc gastrique qui baigne les aliments est considérable.

Quand l'estomac est parvenu à se vider, par vomissement ou par passage normal, la scène gastrique est terminée, mais l'organe est fourbu et les sensations encore très douloureuses. C'est alors qu'intervient l'intestin. Touché par un bol alimentaire trop acide, il réagit fortement, la bile est sécrétée en grande quantité, d'où troubles hépatiques plus ou moins tardifs. L'intestin lui-même est irrité et peut devenir très douloureux. Une sorte d'intoxication se produit, peut-être y a-t-il absorption de toxines qui se sont fabriquées au cours de la digestion pervertie; mais souvent, on voit le sujet s'endormir d'un sommeil de plomb, qui ressemble singulièrement au sommeil morphinique.

Ces symptômes sont les plus communément observés, mais, suivant l'état général du sujet, on pourra voir des troubles très variables, entre autres, les réflexes vasculaires et cérébraux si communs dans le cours des affections gastriques.

L'intervention thérapeutique peut modifier la scène pathologique en l'améliorant ou en l'exacerbant. Je dois avouer que ma conviction bien intime est que le principal rôle du traitement est l'aggravation. Livré à lui-même, le malade a chance de ne plus souffrir au bout de quelques heures. Mais une médication intempestive a, 95 fois sur 100, un résultat diamétralement opposé et prolonge la crise indéfiniment.

En effet, le principal traitement consiste à inonder les malades de solutions alcalines à base de soude, qui fournissent au fur et à mesure une matière première à la fabrication de l'acide chlorhydrique, et de cette manière une crise, qui aurait duré l'espace d'une digestion, s'éternise pendant deux ou trois jours. Je ne voudrais pas renouveler ici la bataille qui a eu lieu, il y a quatre ou cinq ans, entre les partisans des bicarbonates et leurs contradicteurs, dont je fus, mais il m'est impossible de ne pas signaler, en passant, le rôle que j'attribue à la médication alcaline.

Pour mon compte, j'estime que le rôle du médecin est terminé quand il a saturé l'acide en excès par un peu de magnésie hydratée ou de bicarbonate de chaux et administré quelques calmants. Pour cela, une dose très faible d'extrait d'opium, 2 centigrammes, ou un peu de solanine ou de condurango, suffisent parfaitement. C'est surtout le régime qui aura à intervenir, mais après la crise, comme réparateur et prophylactique, bien entendu.

Obs. I. — Un médecin de province, de mes relations, arrive à Paris et m'annonce qu'il est possesseur d'une appendicite et qu'il vient à Paris pour se faire ouvrir le ventre. Je l'interroge et les faits qu'il me rapporte me laissent sceptique. Il avait souffert toute sa vie, comme tant d'autres, de trouble digestifs, mais depuis dix-huit mois ces phénomènes s'accentuaient. Des crises douloureuse se manifestaient, suivies de vomissements alimentaires ou bilieux après lesquels persistait une sensation de douleur vive dans l'hypocondre droit, difficile à définir localement, mais entourait certainement la région de l'appendice. Ces accès douloureux étaient suivis d'un état fébrile plus ou moins prolongé. Au palper, on sentait bien un empâtement dans la région cœcale, mais il est vrai de dire qu'il en était de même du côté gauche, le malade étant un constipé de date ancienne.

Je fis part de mes doutes au confrère, je conseillai un traitement hygiénique et commençai par une série de purgatifs.

Une fois l'intestin débarrassé des matières qui l'encombraient, le malade dut convenir que l'empâtement de la région cœcale n'existait plus. Ensuite, sous l'influence du régime, l'état gastrique s'améliora. J'assistai à l'une des crises dont se plaignait le malade, je pus constater que les vomissements étaient hyperacides et que l'état fébrile qu'il avait accusé n'était autre chose qu'un embarras gastrique par intoxication. Bref, voici onze mois que les choses se passaient et, à l'heure actuelle, l'intéressé est convaincu qu'il n'a pas la moindre appendicite.

Obs. II. — Le deuxième sujet, médecin également, souffrait depuis longtemps de troubles digestifs. Chez lui, les phénomènes prenaient surtout la forme hépatique. Tous les dix jours, tous les vingt jours, il éprouvait, après un état gastrique prodromique, suivant son expression, de vives douleurs dans la région du foie; souvent ces douleurs prenaient le caractère d'une ceinture névralgique, le toucher sur l'épigastre droit exacerbait la douleur, et le rein du même côté présentait aussi une grande sensibilité, si bien que le sujet hésitait souvent à savoir si ses souffrances étaient dues à de la lithiase biliaire ou à de la gravelle.

Pendant six mois, il fit alternativement le traitement de ces deux affections, cures d'eau de Contrexéville ou d'Evian; à domicile, lithine et piperazine, d'une part, absorption de glycérine et d'huile d'olives, d'autre part, sans compter le boldo et un usage immodéré de narcotiques au moment des crises.

Quand je le vis, le malade était dans un état de dépérissement vraiment inquiétant, la nutrition se trouvait gravement compromise, et il était décidé à l'intervention chirurgicale dans l'espoir de débarrasser sa vésicule biliaire des calculs, à la présence desquels il attribuait son état.

Je n'eus pas de peine à lui démontrer que le palper ne permettait pas d'apercevoir d'amas calculeux dans la vésicule. D'autant qu'en raisonnant, il était facile de constater que les crises aiguës dont il se plaignait, quelle que fût leur intensité réelle, n'avaient jamais caractère de coliques hépatiques franches; il y me les douleurs violentes de déchirure, qui font de ce une des affections les plus douloureuses; de p douleurs de la région hépatique ne se manifesta mais qu'après une période stomacale assez longu de la flatulence, et enfin le moment des accès ét jours placé à une distance de quatre à cinq heure les repas. C'est là un signe qui a une grande vale

J'obtins du malade qu'il voulût bien interromp plètement son traitement médicamenteux et sur corps gras et les opiacés. Je lui prescrivis un ré petits repas de purées de viande et de farineux, de trois heures en trois heures, l'usage de laxati entretenir le corps parfaitement libre, pas de vi cun alcool, de l'eau comme boisson, suppres poisson et de toute alimentation fermentée, de nature qu'elle puisse être. Aucun médicament.

Ce système suivi pendant six mois a suffi po gner d'abord, puis supprimer les crises. La n s'est rapidement améliorée et aujourd'hui le ma dans un état de santé relativement satisfaisant.

Cette observation montre combien l'abus des peut exacerber l'état des malades qui sont attei fections gastriques, malades plus sensibles que à l'action des médicaments.

Si l'on avait fait chez ce malade l'examen du trique, on eut constaté, comme je l'ai fait moi-mê les liquides normaux de l'estomac se trouvaie formés par un excès considérable d'acide chlorh

Mais encore fallait-il se méfier d'une cause fréquente. Après les crises, et sous le coup de la tion opiacée, il se produisit une période d'ins au cours de laquelle on a pu diagnostiquer de chlorhydrie; c'est un cas plus banal qu'on ne le et, pour mon compte, j'ai plus d'une fois const erreur. Au contraire l'examen du suc gastrique, au moment où le malade se trouvait en dehor crises et éloigné de toute intervention toxique, dé un état d'hyperchlorhydrie franche.

Obs. III. — Mon troisième sujet appartient lu la profession médicale.

En 1895, plusieurs crises douloureuses siége la région épigastrique, calmées par le chloral mure de potassium et la morphine, notons ce p

En 1896, au mois de Janvier, crise plus dou irradiant dans la direction du foie; cette fois o à l'injection de morphine. En Avril, nouvelle c forte, les douleurs sont généralisées au flanc d tons que, dans toutes ces crises, il n'y a pas de tions préalables de l'appétit, qui est conservé Toujours morphine pour calmer l'état douloure fois la crise est suivie d'un état fébrile notable barras gastrique qui dure plusieurs jours. Ici, la a été disséminée dans tout l'abdomen.

En Juillet, nouvelle crise mais sans fièvre; conservation de l'appétit. En Octobre, encore avec embarras gastrique et fièvre. La douleur s la région hépatique.

Ces crises coïncidaient toujours avec des phé gastriques; le malade faisait une consommati nuelle de bicarbonate de soude et abus de mor cours des accès; c'est par exclusion et parce qu tement choisi par lui ou prescrit par des con produisait aucun résultat, qu'il est arrivé à ac diagnostic lithiase biliaire, d'ailleurs porté par médecins consultés. L'examen du foie n'a jama d'augmentation de volume de l'organe, ni p déceler la présence de calculs.

A la lecture de l'observation, mon opinion fu je répondis au confrère que je ne croyais pas à l et que je le considérais comme un dyspeptiqu sthénique [simple, avec crises paroxystiques ex par l'abus de la médication alcaline et con d'embarras gastriques par l'usage des narcot fièvre devant être attribuée, quand elle se mani de la résorption de toxines fabriquées au cours tion intestinales troublées par des fermentio males.

Depuis un mois, le sujet s'est mis au ré hyperchlorhydriques et a supprimé les alcali narcotiques, et, d'après les nouvelles que j'ai re récemment, l'état local et général s'est bien naturellement, c'est l'avenir qui dira qui avai raison; mais, en tous cas, si j'ai tort, je suis compagnie.

Obs. IV. — J'arrive enfin à mon dernier malade n'est pas médecin, c'est un propriétaire de la ca depuis de longues années il souffre de ses d C'est un hypocondriaque, issu de parents ne entouré de collatéraux qui frisent la manie.

En Janvier dernier, je l'avais vu, et son état m'avait paru altéré; je n'avais pas eu à donne seils, car c'est un malade qui se soigne avec les les plus hétéroclites prônés à la quatrième page naux politiques; mais, à son habitus, je craignais tion organique de l'estomac. Vers Pâques, je revi lade et, cette fois, je ne puis me refuser à pre traitement. Les symptômes pouvaient faire avec raison un trouble fonctionnel hypersthéni je réservais la possibilité d'un cancer; nono suivant la méthode de M. Albert Robin, j'éloig mauvaise chance dans ma tentative de thérape

ai le traitement de l'hyperchlorhydrie. Bien m'en 'état du malade, qui suivit strictement mes con- s'améliora rapidement, il reprit du poids et au le Juillet, il allait assez bien pour que je puisse r les pronostics fâcheux du début.

vent les vacances, il part pour le bord de la mer e Cotentin; là, la temps est atroce, tempête sur te; cet état météorologique excite le système ner- u malade qui voit revenir ses troubles gastriques. me temps apparaissent des troubles circulatoires intenses pour détourner l'attention du médecin et l'on fait de mon dyspeptique un athéromateux, bourre de bromure et d'iodure de potassium, mes de chaque par jour. De plus, comme la diges- faisait mal et aussi en raison de l'athérome, té ou supposé, on établit le régime lacté. Malgré ime ou à cause du régime, l'alimentation devient sible et en deux mois il a perdu 17 kilogrammes poids; de 92 kilogrammes, il tombe à 75.

revois en Octobre, il est dans un état pitoyable, et mourant littéralement de faim. Heureuse- e médecin de sa localité avait supprimé le lait et une alimentation réparatrice, en même temps médication était suspendue. A ce moment, le suc ue présentait bien les qualités d'un suc d'hyper- ydrique franc. Les réflexes cardiaques, dus à des paroxystiques, avaient été attribués à de l'athé- artériel et de là l'institution d'une médication qui avait eu le plus déplorable effet. Dès que médication eut cessé, les phénomènes nerveux nt et l'état s'améliora. Voilà donc une belle erreur nostic, cause de troubles des plus sérieux.

emarquera que, dans cette observation comme première, le régime lacté n'a pas peu contribué erber les phénomènes gastriques dont les malades vaient incommodés. On a malheureusement ten- considérer l'usage exclusif du lait comme le seul t à permettre aux malades atteints d'affection ue quelconque et souvent, quand un praticien sur un diagnostic ou sur un traitement à instituer, tire en ordonnant le régime lacté absolu.

i le lait est le meilleur des aliments lorsqu'aucune limentation n'est possible, ou après des crises il ne tarde pas à devenir lui-même une cause de s quand l'usage en est trop longtemps prolongé. n milieu de culture excellent pour les ferments aux de l'estomac et, dans les cas si fréquents de tations vicieuses de cet organe, il a des incon- ts extrêmement sérieux. La digestion finit par enir impossible et le malade meurt littéralement n.

là une notion qui est bonne à rappeler, en pré- de l'oubli qu'en font trop souvent les médecins. résumé, l'hypersthénie gastrique est une lésion nnelle d'une fréquence extrême; ses manifesta- multiples et souvent protéiformes peuvent être nues, et il est bon de penser à cette affection les fois que l'on se trouve en présence de symp- troublants, lorsqu'ils se trouvent liés à des phéno- gastriques. Le régime des hyperchlorhydriques ple à établir; il est, dans tous les cas, dépourvu gers et il sera toujours temps d'arriver à un chan- t si d'autres diagnostics sont confirmés; au con- le régime existant de l'insuffisance gastrique est eux pour les hypersthéniques. Enfin, les médica- rop actives ont les plus graves inconvénients, es aggravent un état gastrique déjà sérieux, et leur tion ne peut être admise que si le diagnostic qui tifie est réellement et scientifiquement établi.

J. Barozzi.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

17 Décembre 1896.

ttement de l'atonie et de la dilatation de mac par l'électricité statique oscillante. — **gnier.** Ce procédé permet d'utiliser toute l'éner- canique de l'électricité statique, en supprimant ts sensitifs et révulsifs. L'électrode employée est d'une vis mécrométrique qui donne la mesure de elle. Les points électrisés sont le pylore, la grande ire de l'estomac et le cardia, pendant trois minutes fois. Le traitement dure de un à trois mois.

causes d'erreur produites en électro-phy- ie et en électro-diagnostic par la polarisa- es tissus; des moyens de les éviter. — **M. Cour-** Dans les recherches, soit d'électro-physiologie, soit ro-diagnostic, il est de première importance de se à l'abri de toutes les causes d'erreur qui peuvent les résultats de l'expérience. Parmi elles, une des ales est due à la polarisation des tissus. Cette ation peut être due à l'électrode elle-même; on disparaître en se servant des électrodes impola- s de M. d'Arsonval. Elle peut être due aux tissus mêmes; on y remédie en intercalant dans le circuit ande résistance et un nombre suffisant de volts teindre l'intensité dont on a besoin. L'augmenta- la résistance et la force contre-électromotrice ppées par la polarisation deviennent alors insi- tes, vu la valeur élevée de la résistance totale et de électro-motrice en circuit. Il faut, bien entendu, yer, dans ces cas, des éléments de pile non facile- ment polarisables. A ce point de vue, les piles au bioxyde de manganèse sont préférables à celles au bisul- fate de mercure. Il va sans dire qu'il vaudra toujours mieux avoir des accumulateurs.

De l'électrolyse du brome dans les suppurations tuberculeuses. — **M. Boisseau du Rocher.** Voici une observation intéressante qui complète celles que j'ai déjà données, et qui nous montre que le brome et ses dérivés, obtenus par voie d'électrolyse, donnent des résultats remarquables contre les suppurations tuberculeuses.

Il s'agit d'un petit malade âgé de sept ans, ayant une tare héréditaire : un frère de sa mère est poitrinaire. Lui-même a le genou droit malade; depuis deux ans, une tumeur blanche a été traitée par l'immobilisation, et l'ankylose est à peu près complète, le 18 Janvier 1896. Un abcès superficiel s'est formé au-dessus de l'articulation; la suppuration a été guérie une première fois par le curettage. Reparue une seconde fois très abondante, elle n'a pu être tarie ni par le curettage, ni par les injections iodoformées, etc. L'on trouve plusieurs fistules, l'une allant jusqu'au fémur, qui baigne dans le pus, et dont le périoste paraît épaissi; une autre dirigée en bas, et en avant une troisième conduisant en haut, dans les muscles et la partie postérieure de la cuisse.

Le traitement au moyen de l'électrolyse et la solution bromurée a été fait, le 18 Janvier 1896, et continué deux fois par semaine. A dater du 11 Mars, il n'y a plus qu'un peu de suintement, et les fistules sont complètement fermées, la plaie cutanée guérie, le 13 Juin. Notre petit malade est retourné au collège; sa mère me l'a ramené à la fin du mois de Novembre dernier; il est en parfait état, et la guérison semble définitive.

En résumé, nous avons eu affaire à une suppuration tuberculeuse récidivée très étendue, siégeant dans le tiers de la cuisse, et survenue chez un malade atteint de tumeur blanche du genou. Cette suppuration a résisté à tous les traitements, le pus fusant en abondance de tous les côtés dans les interstices musculaires. Malgré cette situation critique, qui faisait craindre qu'une amputation ne devînt nécessaire, la guérison définitive a été obtenue.

De cette observation, ajoutée à celles que j'ai données précédemment, de ce que j'ai pu, en outre, observer depuis bientôt quatre ans que je traite les tuberculoses locales par le brome et ses dérivés obtenus par voie d'électrolyse, nous pouvons légitimement conclure que le traitement que je préconise est le seul qui permette d'obtenir la guérison définitive soit d'une tuberculose locale non suppurée, soit même d'une tuberculose suppurée.

Des traitements de la coqueluche. — **M. Tripier.** Voici la saison qui ramène les recettes contre la coqueluche, empruntées, pour le plus grand nombre, à l'ingestion ou l'inspiration d'hydrogènes carbonés dont la chimie a singulièrement multiplié les types, au grand profit, d'ailleurs, de la thérapeutique.

Après avoir signalé les heureuses contributions à cette thérapeutique des inhalations d'ozone de MM. Labbé et Oudin, M. A. Tripier rappelle que l'électricité a été appelée à intervenir ici dans un tout autre esprit : celui d'agir par le système nerveux, sur des phénomènes à symptomatologie convulsive.

Il ne peut, faute de l'avoir essayée, fournir de renseignements sur une révulsion interscapulaire que lui avait autrefois recommandée Duchenne de Boulogne. Mais il rappelle, avec cinq observations à l'appui, un procédé — la voltaïsation ascendante du pneumogastrique droit — qu'il avait pu recommander en 1879, et qui lui a donné des résultats qu'il tient pour très supérieurs à ce qu'il avait pu voir jusque là.

Un desideratum de ce traitement, comme d'ailleurs de tous les autres, excepté peut-être celui de MM. Labbé et Oudin, est de ne pas avoir renseigné jusqu'ici sur la durée moyenne ou probable de l'affection, c'est-à-dire sur le temps au bout duquel il est permis de tenir pour guéris les sujets qui en ont l'air, n'offrant plus aucun des symptômes classiques de la maladie.

M. Doumer. Je ne connaissais pas le traitement purement électrique de la coqueluche; je me propose de l'étudier comparativement avec celui par l'ozone. Le traitement de MM. Labbé et Oudin donne des résultats merveilleux. La cessation des quintes est obtenue, quand le traitement est commencé de bonne heure, en trois ou quatre jours, et on peut cesser le traitement au bout d'une dizaine de jours.

M. Labbé. Dans les cas de coqueluche anciens, les résultats sont beaucoup moins immédiats, ainsi que je le constate en ce moment sur trois enfants en traitement, dont la coqueluche remonte à trois mois.

D. Larbé.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

VII[e] CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE
Tenu à Rome

Il a été fait à ce Congrès un très grand nombre de communications; nous nous bornerons à en rapporter, le plus succinctement possible, les plus intéressantes.

Les lésions du système nerveux dans le rachitisme. — **M. Mircoli.** L'auteur relate un fait de paralysie bulbaire aiguë chez un petit garçon rachitique. L'examen bactériologique lui a fait découvrir la présence du staphylocoque et celle du streptocoque. L'auteur a montré les lésions suivantes : 1° des signes d'épendymite proliférante; 2° vacuolisation dans le fond du sillon du quatrième ventricule, pénétrant à 3 centimètres dans l'épaisseur de la substance nerveuse; 3° prolifération intense des noyaux du tissu fondamental. D'autre part, Mircoli a observé la disparition d'un grand nombre de cellules nerveuses dans le noyau moyen du pneumogastrique.

A côté de ces modifications pathologiques, l'auteur a trouvé des exsudats dans la substance réticulaire de la protubérance. Quant au rôle joué par les microbes pyogènes dans les maladies de la moelle chez les enfants, il insiste sur ce fait que la présence de ces agents a été démontrée par lui, en 1891, et que ses recherches à ce sujet ont été confirmées par d'autres observateurs et particulièrement par l'Ecole française.

En somme, pour M. Mircoli, l'existence du rachitisme dans certaines familles et celle de certaines épidémies constituent deux arguments irréfutables en faveur de la nature infectieuse de cette maladie.

De l'action de l'antipyrine sur la circulation et la sécrétion rénales. — **MM. Cardi** et **Vallini** ont fait des expériences sur les animaux et sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° L'antipyrine agit directement sur les vaisseaux sanguins du rein; elle détermine leur vaso-constriction et augmente la pression sanguine, mais cette augmentation est peu considérable et passagère.

2° Le système nerveux central ne prend aucune part à ce phénomène vaso-constricteur.

3° Il se produit, en même temps, une diminution de la sécrétion rénale, laquelle peut durer un temps assez considérable.

La saignée dans la néphrite aiguë. — **M. Schupfer.** L'auteur rappelle l'opinion de Bacelli, qui croit qu'il faut attribuer un assez grand rôle, dans l'étiologie de la néphrite aiguë, à la stase veineuse. De là l'idée de saigner les néphritiques paraît toute naturelle. L'auteur a eu recours à cette pratique pendant la première période de la maladie; la quantité de sang qu'il est nécessaire de soustraire varie avec les individus. Chez les adultes, Schupfer n'enlève pas moins de 300 grammes. La saignée doit être répétée lorsqu'on a des raisons pour supposer que la stase rénale persiste; la saignée est faite sur la veine dorsale du pied.

Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. — **M. Massalongo.** En se basant sur les 65 cas recueillis dans la littérature médicale, ainsi que sur 1 cas personnel, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Cette maladie peut exister indépendamment de toute affection de l'appareil respiratoire; elle peut survenir dans le cours d'autres affections viscérales.

2° L'absorption de substance putrides et toxiques, que versent dans la circulation les foyers morbides pleuro-pulmonaires, cette absorption invoquée par Marie comme cause des déformations ostéo-articulaires des extrémités, n'est pas admissible pour les raisons suivantes : *a*) On observe les mêmes déformations sans qu'on ait noté préalablement une lésion pleuro-pulmonaire; *b*) cette altération et celles qui sont produites dans d'autres organes par les substances putrides et toxiques ne déterminent jamais cette ostéo-arthropathie des extrémités; *c*) dans l'immense majorité des cas, les altérations ostéo-articulaires des extrémités ont précédé les lésions pulmonaires.

3° Ce n'est pas non plus dans un trouble de la circulation périphérique qu'il faut chercher la cause des altérations des extrémités, et voici pour quelles raisons : *a*) dans l'immense majorité des cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, il n'existe aucun trouble circulatoire; *b*) parce que, chez beaucoup de malades atteints de troubles circulatoires, relevant d'une cardiopathie chronique, on n'observe jamais cette arthropathie.

4° Si, dans quelques cas, *on veut trouver un rapport* entre les déformations des extrémités et les maladies de l'appareil respiratoire, il est logique de chercher ce rapport dans une localisation éloignée des mêmes microorganismes pathogènes, qui ont déterminé l'altération primitive pleurale ou pulmonaire.

5° La relation, rien moins que démontrée, entre les lésions pleuro-pulmonaires et celles de l'ostéo-arthropathie hypertrophique des extrémités doit être considérée comme une simple coïncidence.

6° L'ostéo-artropathie hypertrophique pneumique de Marie ne dépend pas de lésions de l'appareil respiratoire, mais de causes diverses.

7° Les antécédents arthritiques, la fréquence des altérations des grandes articulations et le caractère de la douleur amènent rationnellement à admettre l'influence de la diathèse arthritique dans cette ostéo-arthropathie hypertrophique systématique.

8° Parmi d'autres causes importantes ou secondaires, nous devons probablement admettre la syphilis et d'autres dyscrasies, qui détermineraient les altérations de l'ostéo-arthropathie systématique des extrémités par l'intermédiaire du système nerveux.

9° Donc, l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique ne résulte pas d'altérations de l'appareil respiratoire, ni de troubles circulatoires, mais est la consé-

quence de causes diverses, agissant isolément ou simultanément; parmi ces causes, le premier rang appartient à l'arthritisme, aux localisations secondaires des micro-organismes pathogènes (arthrites et ostéites infectieuses), à la syphilis et à d'autres dyscrasies, qui déterminent les altérations des extrémités par l'intermédiaire du système nerveux.

Sérothérapie antituberculeuse. — M. de Renzi estime que le sérum de Maragliano, possède des propriétés antitoxiques qui neutralisent l'action des poisons tuberculeux.

M. Gay déclare avoir observé une amélioration très nette chez un tuberculeux arrivé à la dernière période.

M. Ermano avoue s'être traité lui-même par le sérum de Maragliano, et il a la conviction d'avoir dû sa guérison à la sérothérapie antituberculeuse.

MM. Guira, Terrile, Pucci, Bertola, communiquent des observations de nombreux malades traités par le sérum de Maragliano; les uns ont été guéris, les autres simplement améliorés.

Sérothérapie antipneumococcique. — M. Pane, en se basant sur ses expériences personnelles, estime qu'il existe une véritable sérothérapie de l'infection pneumonique. Les résultats qu'il a enregistrés sur les animaux lui permettent de conclure que cette méthode thérapeutique mérite d'être essayée dans la pneumonie fibrineuse chez l'homme. D'ailleurs, les recherches faites par M. de Renzi sur l'homme ne font que confirmer les données fournies par les expériences sur les animaux.

M. de Renzi déclare que, en 1894-1895, la mortalité des pneumoniques non traités par la sérothérapie a été de 23 pour 100, tandis que celle des malades traités par la sérothérapie n'a été que de 14 pour 100. A la suite des injections, la température tombe d'une manière remarquable de 1 à 3 degrés, les forces se relèvent, etc. L'auteur a employé ordinairement le sérum de lapin et, deux fois, le sérum d'âne. La dose injectée a varié de 8 à 30 grammes. Ces injections n'ont jamais donné lieu à des accidents.

Sérothérapie antistreptococcique. — MM. Belfanti et Carbone concluent de nombreuses expériences sur les animaux:

1° Que ce sérum ne donne de bons résultats que lorsqu'il est employé d'une manière précoce, de une à deux heures après le début de l'infection;

2° Que cette méthode thérapeutique mérite d'être essayée chez l'homme, et cela d'autant plus que les streptocoques de l'homme se montrent ordinairement moins virulents que ceux avec lesquels on fait des expériences sur les animaux.

BELGIQUE

M. Lentz (de Tournai) aborde, à la *Société belge de neuropathologie*, la question de **la suggestion inconsciente**. Il rappelle l'observation présentée par M. Verriest : un jeune homme est, un beau jour, obsédé par l'idée de son nez. A toute heure du jour, sans aucun motif, l'idée de son nez se représente à son imagination, et cette obsession menace d'entamer l'intégrité du fonctionnement psychique.

L'examen attentif du sujet fait reconnaître l'existence d'un polype à la partie supérieure des fosses nasales; l'excroissance est enlevée et l'obsession disparaît aussitôt et pour toujours.

M. Verriest attribue l'obsession à un état de suggestion inconsciente; M. Crocq fils confirme cette assertion; M. Crocq père n'est pas éloigné de considérer ce fait comme dépendant d'un réflexe psychique. M. Lentz a quelque peine à se ranger à l'un ou à l'autre de ces avis.

Si on chatouille le pied d'un enfant, il rit; si, ensuite, on fait semblant de chatouiller le pied, l'enfant rit encore; voilà un réflexe psychique : c'est la simple *idée* du chatouillement qui provoque le rire réflexe.

Dans l'observation de M. Verriest, tel n'est pas le cas : ici, il y a une irritation périphérique bien évidente et bien constante.

L'explication par la suggestion ne paraît pas mieux applicable pour M. Lentz : on a beaucoup abusé de ce terme dans ces derniers temps, on a trop élargi le champ de l'hypnose et l'on a cherché, dans son influence, la raison d'être de tout ce qui paraissait inexplicable. Ainsi, les mots de suggestion inconsciente, suggestion à l'état de veille, auto-suggestion, vont jusqu'à représenter des actes de la vie ordinaire dont le mécanisme est absolument psychologique. Tel lui paraît être le fait, cité par MM. Crocq fils et Verriest, d'états nerveux guéris à l'aide de la pseudo-électrisation.

Pour M. Lentz, c'est l'*état émotif* qui provoque ces phénomènes; on oublie trop que c'est par l'intermédiaire de l'émotion que l'idée agit sur le corps; si une pensée honteuse nous fait rougir, c'est par l'intermédiaire de l'émotion — la honte — qu'elle provoque.

C'est peut-être grâce à cet *état émotif* que l'on constate, chez nombre de malades, des modifications favorables, soit par l'emploi d'un moyen impressionnant quelconque, soit par la seule présence du médecin. Il se produit alors, dans le cœur du malade plutôt que dans son esprit, un sentiment de satisfaction, de contentement, souvent de bonheur, c'est-à-dire une *émotion*, due à l'annonce ou à la croyance presque certaine de la guérison, et c'est cette émotion qui agit sur le physique en régularisant les fonctions et en donnant au système nerveux ce coup de fouet, cette énergie nécessaire pour surmonter le mal.

Tous ces cas ne doivent donc, suivant l'auteur, pas être rapportés à la suggestion; pour qu'il y ait suggestion, il lui semble qu'il est indispensable qu'il y ait, au préalable, un état quelconque d'hypnose. Il est vrai que l'on a admis des suggestions à l'état de veille; mais, est-il bien certain que cet état de veille implique l'absence d'un degré quelconque d'hypnose? M. Lentz est convaincu du contraire; il croit que cet état de veille est encore un léger état d'hypnose, un simple état de fascination.

Ce que l'auteur tend à démontrer, c'est que là où il y a suggestion, il y a hypnose : l'un ne va pas sans l'autre. Il n'est peut-être pas toujours facile, en pratique, de savoir où s'arrête l'hypnose; il importe cependant que la science poursuive la question de plus près, et M. Crocq fils pourra peut-être donner, un jour, des éclaircissements à cet égard.

Quoiqu'il en soit, l'auteur conclut que la suggestion implique toujours un état quelconque d'hypnose, et la suggestion ne saurait, par conséquent, être invoquée dans la production de l'état pschychique du malade de M. Verriest, dans lequel il n'y avait assurément pas d'hypnose, à moins que l'on ait complètement détourné le mot suggestion de sa signification propre, et qu'il ne devienne une expression banale qu'on applique à toute situation mentale mal définie.

Il ne semble pas bien difficile à M. Lentz de prouver que le cas de M. Verriest repose simplement sur les données de la psychologie normale.

Supposons que, du matin au soir, on se frotte le nez; il arrivera évidemment qu'on aura constamment la représentation mentale de son nez; si, maintenant, on a à côté de soi un fantôme invisible qui fasse cet office, l'image cérébrale du nez se représentera encore dans le champ de la conscience, mais on ignorera complètement la cause de cette image cérébrale. Dans le premier cas, l'évolution des lois psychologiques amènera l'habitude, on ne pensera bientôt plus à l'image cérébrale; dans le second cas, au contraire, on s'efforcera de rechercher la cause de cette idée fixe, on y appliquera toutes ses facultés et l'obsession deviendra de plus en plus forte.

Tel est bien le cas relaté par M. Verriest et tel paraît être à l'auteur, dans quelques cas au moins, la pathogénie de ce symptôme aujourd'hui si fréquent, qu'on appelle : *obsession*.

M. Crocq fils estime qu'il est difficile de répondre, d'emblée, à une argumentation aussi complète et aussi documentée; il désire cependant relever quelques points qui l'ont frappé.

M. Lentz affirme que, s'il y a suggestion, il doit y avoir hypnose; pour prouver son dire, M. Lentz fait très bien ressortir qu'il y a toute une série d'états superficiels de l'hypnose, voisins de l'état de veille, difficiles à reconnaître, et il croit que ce que l'on appelle suggestion à l'état de veille ou bien n'est pas de la suggestion, ou n'est qu'une suggestion hypnotique.

En 1894 déjà, dans un ouvrage intitulé l'*Hypnotisme et le Crime*, l'auteur affirmait que les suggestions à l'état de veille, *faites chez des sujets normaux*, sont acceptées par ces sujets, grâce à un état hypnotique superficiel; il prouvait cette assertion par des expériences concluantes; ces états superficiels de l'hypnose, voisins de l'état de veille, que l'on peut avec M. Lentz désigner sous le nom de fascination, ont été appelés par Crocq fils états *somnambuloïdes*, par opposition aux états *somnambuliques* plus profonds.

Mais, à côté des suggestions faites *chez des sujets normaux* que l'auteur appelle *physiologiques*, il y a les suggestions que l'on peut produire *chez des sujets anormaux*, ce sont les *suggestions pathologiques*. En d'autres termes, la suggestibilité, cette plasticité cérébrale, cette hypo-inhibition peut être provoquée non seulement par l'hypnose, qui est un phénomène physiologique, mais encore par un état mental particulier et pathologique. C'est ainsi que les procès de Gabrielle Bompard et de Gabrielle Fenayrou, que Bernheim, Liégeois, etc., rattachent à l'hypnotisme, n'ont rien à voir avec ce phénomène physiologique; ils doivent être tout simplement rapportés à la névropathie. Il ne s'agit pas ici d'un état normal auquel le sommeil hypnotique a permis de suggérer un crime; c'est un esprit désiquilibré, un cerveau de véritable aliéné. Il y a, entre un sujet normal hypnotisé exécutant une suggestion criminelle et Gabrielle Fenayrou, la différence qu'il y a entre un état physiologique et un état pathologique.

Il semble donc bien évident à M. Crocq fils qu'il existe deux suggestibilités bien différentes, et, par suite, deux espèces bien tranchées de suggestions : les unes sont physiologiques et dépendent d'un état plus ou moins profond de l'hypnose, les autres sont pathologiques et se produisent grâce à un état mental particulier. Dans les deux cas, c'est un état d'hypo-inhibition qui permet la suggestion.

Si l'auteur est donc de l'avis de M. Lentz lorsqu'il affirme que la suggestion à l'état de veille ne peut se faire que grâce à un état hypnotique quelconque, il restreint cependant la manière de voir de ce dernier en disant que cette affirmation ne s'applique qu'aux sujets normaux. Il croit, en effet, qu'à côté de cette suggestibilité physiologique, dépendant de l'hypnose, il y a une suggestibilité pathologique, relevant de la névropathie.

Donc, la suggestion n'implique pas nécessairem l'hypnose.

Les **centres de projection** et les **centres d'as ciation dans le cerveau humain. M. Van Gehuch** (de Louvain) expose les résultats des récentes recherc de Flechsig sur la structure interne des hémisphères c braux (cerveau terminal ou *télencéphale* d'après la n velle nomenclature anatomique).

Un fait indiscutable, c'est que, contrairement à que l'on avait cru jusqu'ici, toutes les zones de l'éco ne sont pas pourvues de fibres de projection; ce fa permis à Flechsig de diviser l'écorce cérébrale en d zones distinctes : la *zone des centres de projection sphères sensorielles* et la *zone des centres d'asso tion*.

La zone des centres de projection comprend :

1° La *sphère tactile* située dans le lobule paracent les circonvolutions centrales, la partie voisine de la convolution du corps calleux et la partie postérieure trois circonvolutions frontales. Dans toute cette ré se terminent les fibres sensitives tactiles, se mett directement en connexion avec les cellules d'origine fibres motrices des muscles périphériques.

2° La *sphère auditive* située dans la partie moye de la première circonvolution temporale et dans parties voisines; là se trouvent le centre des impressi auditives, ainsi que les cellules d'origine des fibres cendantes allant aux masses grises du pont, et l'intermédiaire de celles-ci, à l'écorce cérébelleuse et noyaux d'origine des nerfs moteurs périphériques.

3° La *sphère visuelle* située autour de la scssure carine; cette région est le centre des impressions suelles ainsi que le lieu d'origine des fibres motri dont le trajet est encore indéterminé.

4° La *sphère olfactive* répondant au trigone olfacti la substance perforée antérieure, au repli cunéiforme la partie voisine de la circonvolution de l'hippocamp

Cette région est le centre des impressions olfacti en même temps que le lieu d'origine des fibres ce fuges motrices complexes se rendant aux muscles phériques. Ces quatre régions constituent la zone se tivo-motrice de l'écorce correspondant à environ un de la surface totale des hémisphères. Les deux au tiers de cette surface sont dépourvus de fibrès de jection; ils sont reliés, par des fibrès d'association, sphères sensorielles; c'est la *zone des centres d'asso tion* qui comprend :

1° Le *grand centre d'association postérieur* emb sant une grande partie du lobe occipital, du lobe p tal et du lobe temporal;

2° Le *centre d'association moyen* localisé dans l'in de Reil;

3° Le *centre d'association antérieur* situé dans partie antérieure du lobe frontal.

Les centres de projection, reliés directement à la phérie, président à la vie animale; les centres d'ass tion en connexion avec les sphères sensorielles préside à la vie intellectuelle et morale. Les centres de pr tion tiennent sous leur dépendance tous les cen inférieurs; par eux, l'homme ne cherche qu'à asso les excitations de ses sens; les centres d'associa tiennent sous leur dépendance les centres de project par eux l'homme combat ses sens par la raison.

Dans un cerveau bien organisé, les centres d'ass tion dominent les centres de projection; lorsque action inhibitive est affaiblie ou détruite, l'activité centres de projection domine, la bête reprend le de

Goître exophtalmique traité par l'électro rapie. M. Crocq fils (de Bruxelle) présente une ma âgée de quarante-trois ans; le père était asthmati une sœur, âgée de vingt ans, n'a jamais été réglée frère et une sœur sont asthmatiques. Après avoir épr des chagrins prolongés, cette malade fut atteinte d'a grissement, de palpitations et d'une grosseur au Bientôt se montrèrent le dérobement des jambes, crampes, des sueurs profuses, du larmoiement, éruptions cutanées, de l'inappétence, des vomisse des insomnies terribles, de la thermophobie. Puis rut un tremblement intermittent et généralisé; en temps la malade devint mélancolique, impatiente, cible. Je vis cette malade le 12 Octobre; je cons une tachycardie très forte, de l'irrégularité cardiaqu souffle anémique très accentué. Au cou existait tumeur du volume d'une mandarine, dépendant du gauche du corps thyroïde; il y avait une légère exop mie et un tremblement très caractéristique; la dé tion était fort pénible.

Aucun des traitements appliqués n'ayant soula malade, le chirurgien lui avait proposé instamm thyroïdectomie; la malade semblait, en effet, à extrémité.

Je soumis cette malade aux courants continus; le positif fut appliqué à la nuque, le négatif fut place cessivement pendant six à huit minutes à la région cordiale (15 à 28 milliampères) et au cou, sur la tu (25 milliampères). L'électrisation fut pratiquée près journellement et, dès le troisième jour, le blement avait disparu ainsi que le dérobement des bes; les palpitations n'existaient presque plus et le était à 80. Tous les symptômes ont rapidement di et, aujourd'hui, après quinze séances d'électrisation seulement la malade se trouve tout à fait bien. encore 'exophtalmie a disparu, la tumeur a con

ent diminué et la malade a repris son travail
nné depuis deux ans.

Hertoghe (d'Anvers), considère le goitre exophtal-
comme dû à une hypersecrétion thyroïdienne; il
rqué que certaines substances sont de vrais anti-
le l'hyperthyroïdisation; il croit que l'électricité
ns ce sens.

Claus (de Gand), croit que M. Hertoghe est trop
f; la médication thyroïdienne réussit quelquefois
goitre exophtalmique; dans ces cas, il n'y a donc
perthyroïdisation. Il croit que la pathogénie de
ffection est complexe, et il affirme qu'il n'y a pas
tre exophtalmique mais bien des goitres exophtal-
s.

Vicot (de Bruxelles) demande à M. Hertoghe quelles
es substances antidotiques de l'hyperthyroïdisa-

Hertoghe répond qu'il a été amené, par hasard, à
rir que la morphine et la cocaïne combattent
ement l'hyperthyroïdisation.

RUSSIE

Pathogénie du torticolis est, comme on sait,
discutée; deux théories sont surtout en présence :
le Mikulicz, d'après laquelle l'affection est due à
myosite avec rétraction consécutive du muscle,
héorie de Pétersen, qui voit dans le torticolis un vice
eloppement. Le cas présenté par **M. J. Alexinsky**
Société chirurgicale de Moscou semble confirmer
lernière hypothèse. Il s'agit d'une fillette de onze
hez laquelle la rétraction du sterno-mastoïdien
ut constatée pour la première fois, il y a sept ans,
-dire à l'âge de quatre ans. L'affection semble
développée sans aucune cause apparente. Les
ments de la tête sont libres, mais très limités. Il
même temps, scoliose gauche dans la région cer-
et droite dans la région dorsale. Pendant l'inter-
n (section à ciel ouvert du tendon rétracté), on
ta que la partie inférieure du muscle était tout
tendineuse; en dehors d'elle, on trouva un fais-
nusculaire aplati se dirigeant de haut en bas et de
en dedans et s'insérant sur la partie tendineuse
rno-mastoïdien. Le faisceau externe, très mince,
muscle, se trouvait en arrière du faisceau muscu-
normal. La section de ces faisceaux permit de
r l'attitude vicieuse de la tête de la malade.
ur admet que le faisceau anormal qu'il a trouvé
le sterno-mastoïdien au trapèze, et il explique
en partie du moins, la contracture du muscle
cléido-mastoïdien.

Dobroff attribue tout le rôle à la transformation
euse du muscle.

Emphysème grippal est rare : aussi nous semble-
ressant de rapporter l'observation communiquée
E. Stolkind à la *Société des médecins russes* de
.

femme de vingt-deux ans, enceinte de sept mois,
trée à l'hôpital avec les symptômes de grippe,
la dyspnée et des douleurs intra-thoraciques; il
en même temps, un gonflement du cou présentant
s caractères de l'emphysème sous-cutané. Le
ivant, cet emphysème s'étendit à tout le membre
; en même temps, la fièvre et la dyspnée aug-
ent; au niveau du lobe inférieur du poumon
n constatait des signes de congestion pulmonaire.
s'accompagnait d'une expectoration muco-puru-
.u bout de quatre jours, l'emphysème envahit la
droite de la face, les régions antéro-latérales du
deux membres supérieurs, le thorax et la région
re. Le lendemain la malade avorta, et, à partir de
nent, l'emphysème alla en diminuant pour dispa-
complètement au bout de vingt-quatre jours. Le
eur explique la production de l'emphysème chez
alade de la façon suivante : le poumon droit étant
le poumon gauche aurait subi une distension
onsidérable, et il a suffi d'un effort insignifiant
mener la rupture d'un alvéole; l'air épanché
ivi le hile du poumon, serait arrivé dans le tissu
re du médiastin et ensuite dans celui du cou.
casion de cette observation, **M. N. Miller** a rap-
le les Cosaques, lorsqu'ils ont besoin de faire à
une course un peu longue, et les marins, dans un
e, provoquent l'emphysème sous-cutané, les
s chez les chevaux et les seconds les uns aux
en pratiquant un petit orifice dans la peau et
nt de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané.
de systématique de l'ordre dans lequel se fait la
érescence secondaire des différentes fibres
laires est encore à peine ébauchée et, jusqu'en
n ne connaissait, à ce sujet, que quelques obser-
éparses. L'année dernière, Schaffer fit, le pre-
s études expérimentales sur des chats, en se ser-
la méthode de Marchi. Récemment, **M. Voro-**
a entrepris, au laboratoire de la Faculté de Kazan,
ie d'expériences sur des chiens, dans le but de
et de compléter les conclusions posées par l'au-
écédent. Les résultats de ces expériences ont été
niqués à la *Société des aliénistes et des neurolo-*
e *Kazan* et en même temps publiés dans la *Revue*
e *Psychiâtrie*. Ces résultats peuvent être résu-
si qu'il suit :

e jours et demi après la section complète de la
commence la dégénérescence ascendante; les cordons de Goll sont les premiers qui dégénèrent. Le jour suivant, la dégénérescence gagne les faisceaux de Löwenthal (marginal antérieur et intermédiaire du cordon latéral). Le 6e jour, elle se propage aux faisceaux cérébelleux, en commençant par leur partie dorsale, et, le 7e, on constate la dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux croisés. Le maximum des lésions est au 8e-10e jour, dans les cordons de Goll et de Löwenthal, au 14e ou 16e jour, dans les faisceaux cérébelleux et enfin au 20e ou 30e jour, dans les faisceaux pyramidaux croisés, Comme on voit, M. Vorotinsky est d'accord avec M. Schaffer quant à l'ordre de l'apparition des lésions, mais non dans l'époque de cette apparition. De plus amples détails seront d'ailleurs rapportés sous peu dans la thèse de M. Vorotinsky.

Répertoire thérapeutique

Dans un récent article paru dans ce journal sur les rhamnacées [1], nous avons pu voir que les diverses espèces de cette famille, qui ont une réelle importance, et fournissent un certain nombre de médicaments, sont : le zizyphus vulgaris, ou jujubier, dont on se sert comme émollient, béchique, sous forme de décoction, de tisane ou de bonbons; le rhamnus catharticus, ou nerprun, employé comme cathartique sous forme de sirop, d'une odeur très désagréable; le rhamnus frangula ou auné noir, dont l'écorce fraîche est, dit-on, émétocathartique, tandis que, sèche, elle est simplement purgative; enfin, le rhamnus purshiana, dont l'écorce jouit d'une grande réputation en thérapeutique.

L'écorce du rhamnus purshiana fut appelée *Cascara Sagrada*, ce qui veut dire écorce sacrée, par les indigènes californiens, qui s'en servaient comme purgatif et l'employaient aussi pour combattre les fièvres intermittentes et rémittentes. Cette écorce contient une huile volatile et une huile fixe, qui sont irritantes, nauséeuses et émétiques; elle contient aussi de l'amidon, du tannin, de l'acide chrysophanique, des acides oxalique, malique, et des résines rouges auxquelles on a attribué des propriétés laxatives. On a cru y découvrir la présence d'un alcaloïde; quelques auteurs prétendent qu'il n'existe pas; on l'a découvert, en effet, mais il n'est point intéressant au point de vue thérapeutique.

Leprince, en 1892, par des recherches méthodiques, découvrit une substance cristalline, qui était le véritable principe essentiel du rhamnus purshiana et auquel il donna le nom de Cascarine. Cette substance, qui se cristallise en aiguilles jaune-orangé ou jaune-brun, devient purpurine par l'action des solutions alcalines dans lesquelles elle est soluble. Insoluble dans l'eau, la cascarine l'est dans l'éther, le chloroforme et les huiles essentielles. La cascarine est un principe nettement défini, ayant pour formule $C^{24}H^{40}O^{10}$; c'est le seul principe utile dérivé des rhamnacées, qui, jusqu'ici, ait pu être employé comme laxatif; et, après les essais répétés de cette substance par Dujardin-Beaumetz, Charcot puis par M. Laffont, professeur de physiologie à la faculté de Lille, il est aujourd'hui parfaitement démontré, que cette substance rigoureusement dosée produit des effets laxatifs, à la dose de 0,05 cent. à 0,20 pour les adultes, et de 0,02 à 0,05 pour les enfants. Son action est sûre, douce, procure des évacuations alvines sans coliques, sans superpurgation, sans effets nauséeux.

La cascarine, comme nous l'avons dit plus haut, est une poudre inodore et insipide, absolument dépourvue d'amertume. Si on l'examine microscopiquement, on voit qu'elle est formée d'un amas de cristaux en houppes, à aiguilles prismatiques et de forme naviculaire.

Il serait fastidieux d'énumérer ici les divers travaux qui ont été faits sur les rhamnacées et les divers dérivés, qu'on a retiré de diverses espèces de ces plantes. Qu'il nous suffise de signaler le travail de M. Laffont, qui peut être consulté à juste raison, étant un travail des plus sérieux et des mieux élaborés.

Il est important pour nous de toucher au côté thérapeutique et de faire ressortir d'une façon essentielle la signification et l'importance de ce produit médicamenteux, en exposant la détermination de son action physiologique.

En effet, tant que la thérapeutique n'est pas en possession d'un produit défini, c'est-à-dire d'une composition constante, il n'est pas possible de formuler ou de prescrire un médicament, qui n'est pas toujours identique à lui-même, et dont l'activité ne repose pas sur des données positives et expérimentales.

Cette lacune a été comblée par M. Leprince en découvrant la cascarine, et la vogue extraordinaire conquise en si peu de temps par ce produit prouve, mieux que toute démonstration, la haute valeur thérapeutique de cet agent curatif.

C'est, en effet, la meilleure arme que puisse employer le praticien contre cette affection si commune, chez la femme surtout, nous avons nommé la constipation. Contrairement aux lavements et aux purgatifs, dont l'action n'est que palliative et surtout momentanée, la cascarine a véritablement une action curative : car la cascarine, il faut bien se le rappeler, et c'est là un fait essentiel, la cascarine ne purge pas; elle agit en ramollissant les gardes-robes, en les rendant plus bilieuses. Nous venons de dire : en les rendant plus bilieuses, oui, assurément, car la cascarine est un cholagoque par excellence, et il est même à peu près sûr que la cascarine n'agit sur la constipation qu'en favorisant l'écoulement de la bile, et cette bile alors exciterait la contractilité des parois intestinales, elle stimulerait, en quelque sorte les fibres musculaires de l'intestin et solliciterait ainsi les contractions, qui amèneraient petit à petit une progression du bol fécal.

Cette action cholagoque est très apparente dans les cas d'ictère catarrhal; nous avons sous les yeux un grand nombre d'observations, qu'il serait trop long d'énumérer, mais qui nous démontrent l'indication de la cascarine, pour ramener la bile dans l'intestin et faire peu à peu disparaître la teinte jaune des téguments

La conclusion immédiate et générale qui se dégage de cette courte étude thérapeutique, au point de vue pratique, c'est que la *cascarine* est indiquée comme médication rationnelle, dans tous les cas de constipation, dans les cas d'atonie gastro-intestinale, et aussi, dans l'ictère catarrhal. A ces indications, il nous faut en ajouter une plus récente : la cascarine agit d'une façon merveilleuse dans la constipation *ante* et *post partum*, même pendant l'allaitement; elle agit, affirmons-nous, sur le bol fécal dans l'intestin, sans provoquer de contractions de l'utérus, sans faire disparaître le lait, deux effets *sine qua non*, qu'il est absolument urgent d'éviter. Dans ces deux cas, on peut prescrire la cascarine sans crainte, elle produit son effet laxatif sans déterminer ni colique, ni purgation.

Qu'il nous soit enfin permis d'ajouter qu'il existe des pilules de cascarine, rigoureusement dosées à l'usage des enfants; qu'on peut l'employer dès l'âge de trois ans, et que son usage produit les meilleurs effets sur ces jeunes organismes : une pilule de 0,05 centigrammes, le soir, en les couchant.

1. A. Chassevant. — « Étude pharmacologique et thérapeutique sur les rhamnacées ». *Presse médicale*, 19 Septembre 1896, n° 77.

BIBLIOGRAPHIE

Samuel Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Broca, membre de l'Académie de médecine. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*. 3e édition, 1 vol. in-8 de XXII-1270 pages, 628 figures dans le texte, relié toile. Prix : 30 francs. (Masson et Cie, éditeurs).

Letulle (Maurice), professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Anatomie pathologique. *Cœur. Vaisseaux. Poumons*. 1 vol. grand in-8° jésus, de 450 pages, avec 102 figures noires et en couleurs. Prix : broché, 22 fr.; cartonné, 25 fr. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs).

Edouard Toulouse, chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'asile Sainte-Anne. — *Emile Zola*. Un vol. in-8, 285 pages. Prix : 3 fr. 50. (Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris).

Dujardin-Beaumetz. — *Formulaire pratique de Thérapeutique et de Pharmacologie*. 9e édition revue, corrigée et augmentée par A. Gilbert et P. Yvon. 1 vol. in-18 cartonné, tranches coloriées de 704 pages. Prix : 4 fr. (Octave Doin, éditeur, Paris).

J. Thoyer-Rozat. — *Abcès rétropharyngiens idiopathiques des enfants, leur fréquence, leur terminaison par la « mort subite » leur traitement*. 1 vol. in-8° de 118 pages. Prix : 4 fr. (Société d'éditions scientifiques, Paris).

Brunet (Félix). — *Le suc pulmonaire*. Effets physiologiques et thérapeutiques. Broch., in-8° raisin, de 144 pages (Cadout à Bordeaux).

L'Editeur-Gérant : Georges Carré

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

DRAGÉES ST-ANDRÉ MAYNIEL, Phen BOULOGNE-PARIS

Diathèse urique — GOUTTE, GRAVELLE, Rhumatisme chronique, Colique néphrétique

2 A 4 PAR JOUR.

Une Dragée contient : Carb. lithine 0.06, Benz. lithine 0.04, Salicylithine 0.04, Colchicine 1/10 de mill. Une Dragée = 0.50 d'acide urique pr transformer en urate soluble élimi

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vita

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATU ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmac

TRAITEMENT de la **TUBERCULOSE**, RHUMES, BRONCHITES, CATARRHES, etc.

CARBONATE de GAIACOL VIGIER

en CAPSULES de 0,10 cent. — DOSE : 2 a 6 capsules par jour.

PHie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

LE SACCHAROLÉ DE QUINQUINA VIGIER

contient tous les principes actifs de l'écorce et remplace avantageusement les autres préparations de ce médicament. 3f

VIGIER, Pharmacien, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS.

Débilité nerveuse, Rachitisme, Neurasthénie

Glycérophosphate

DE CHAUX FREYSSINGE

Solution contenant 0,50 de Glycérophosphate de Chaux chim quement pur par cuillerée à soupe. Dose moyenne : 1 cuillerée soupe avant chaque repas, dans un peu d'eau. Pour les enfants : u cuillerée à dessert ou à café suivant l'âge. — **Le Flacon, 3 f**

105, rue de Rennes, Paris, et les principales Pharmacie

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centi grammes de Protoxalate de Fer. Une à deux Dragées au début de deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Il nourrit

tonifie

régénère

SOUTIENT L'ORGANISME

Même à défaut de toute autre nourriture

L'ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

EST D'UN GOUT EXQUIS

Il est pris avec plaisir, quelle que soit la répugnance pour les Aliments

IL EST TOUJOURS DIGÉRÉ SANS FATIGUE POUR L'ESTOMAC

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette..